г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 3 лит А
www.aristomed.ru; medcenter@aristomed.ru
+7(812)443-86-59

Оператору
ООО Медицинский Центр «Аристомед»
ОГРН 1207800005203, ИНН 78046640068
195221, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д 3 лит А

от _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
Паспорт серия ____ № _____ выдан _____
_____
Адрес: _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты: _____

# Отзыв согласия на обработку персональных данных

Я, _____,
руководствуясь ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляю об отзыве согласия на обработку персональных данных, данного Оператору при заключении Договора оказания платных медицинских услуг. Мне известно, что Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в п. п. 2 - 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Приложение: 1. Копия доверенности от "___" _____ ___ г. N _____
(если отзыв предоставляется представителем субъекта персональных данных).

"____" _____ _____ г.

Субъект персональных данных (представитель): _____/_____/
(подпись) (Ф.И.О.)